Nouvelle série. OCTOBRE 1884 28e année, n° 10.

L'ART DENTAIRE

REVUE MENSUELLE
DE LA CHIRURGIE ET DE LA PROTHÈSE DENTAIRES

RÉDACTEUR EN CHEF ET FONDATEUR

A. PRÉTERRE

CHIRURGIEN DENTISTE AMÉRICAIN, LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDAILLE D'OR UNIQUE AUX EXPOSITIONS UNIVERSELLES DE 1867 ET 1878,
FOURNISSEUR DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, ETC., ETC.

Ne pas avancer, c'est reculer !

SOMMAIRE.

PARIS.

29, BOULEVARD DES ITALIENS, 29

NICE, succursale de la maison PRÉTERRE, 5, Place Masséna, **NICE.**

New-York, Drs E. et A. PRÉTERRE, 159, Bowery.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

8 fr. par an pour la France, 10 fr. pour l'étranger.

En vente chez A. PRÉTERRE

29, *boulevard des Italiens, à Paris.*

POUDRE ET ÉLIXIR DENTIFRICES PRÉTERRE

POUR L'HYGIÈNE DES DENTS

5 fr., 10 fr., 15 fr., 20 fr. et 30 fr. le flacon, suivant la grandeur.

BAUME PRÉTERRE CONTRE LES MAUX DE DENTS

5 fr. et 10 fr. le flacon.

ÉLIXIR DE GAULTHÉRINE

POUR L'ENTRETIEN JOURNALIER DES PIÈCES ARTIFICIELLES

5 fr., 10 fr., 15 fr. et 30 fr. le flacon.

POUDRE GAULTHÉRINE

POUR L'ENTRETIEN DES PIÈCES ARTIFICIELLES

5 fr., 10 fr., 15 fr. et 20 fr. la boîte.

MIXTURE TONIFIANTE PRÉTERRE

CONTRE L'ÉBRANLEMENT ET LE DÉCHAUSSEMENT DES DENTS

5 fr., 10 fr., 15 fr., 20 fr. et 30 fr. le flacon.

ÉLIXIR AROMATIQUE

POUR PARFUMER L'HALEINE

5 fr., 10 fr., 15 fr. et 30 fr. le flacon.

Pour l'usage de ces diverses préparations, voir le chapitre du TRAITÉ DES MALADIES DES DENTS, consacré aux préparations dentifrices Préterre (page 205).

OTORRHÉE, BOURDONNEMENTS D'OREILLE, SURDITÉ D'ORIGINE RÉFLEXE; GUÉRISON PAR L'EXTRACTION DE DENTS CARIÉES

Par M. Gellé.

M. Gellé fait sur ce sujet une communication dont voici l'analyse :

L'otalgie est une manifestation fréquente des névralgies d'origine dentaire. Mais la douleur n'est pas le seul ni le plus important des phénomènes causés par l'irritation de la branche inférieure du trijumeau. Des lésions trophiques naissent, en effet, par l'influence des irritations de ce nerf sensitif, totalement analogues à celles que l'expérimentation a produites par la piqûre des origines de la cinquième paire dans le bulbe.

C'est tantôt une simple otorrhée, tantôt une suppuration

FEUILLETON DE L'ART DENTAIRE.

J'ai fait traduire à votre intention, chers lecteurs, un *comble médical* qui vient de nous arriver de Buenos-Ayres par l'intermédiaire du docteur Godefroy, l'un de nos abonnés. Cette petite histoire va vous prouver que la déplorable engeance qu'on nomme le *client* est absolument la même sous les tropiques que dans notre refroidi climat de France :

« A trois heures du matin, il y a quelques jours, un individu qui pleurait à chaudes larmes frappait à la porte d'un médecin, réclamant ses services, pour achever un accouchement difficile.

Le docteur posa pour conditions qu'on lui amènerait une voiture, car la malade habitait à une longue distance.

On la lui amena et, après force cahots, le véhicule le déposa près de la maison. Le médecin descendit, opéra avec bonheur et quand tout fut terminé demanda le maître de la maison.

Il y eut alors une scène grotesque.

Personne n'était maître de la maison, ni père du nouveau-né, ni proche parent.

totale de l'organe; tantôt des fluxions, l'otite de la caisse, ou bien encore l'ulcération des tissus, qui se trouvent causées [et entretenues par les irritations périphériques du nerf.

Ce n'est plus seulement la douleur qui rayonne au loin, ce sont des lésions graves de nutrition qui se produisent.

Ces troubles trophiques sont bien certainement liés à l'action réflexe du nerf irrité; en effet, ce n'est pas seulement à l'oreille que l'on trouve les fluxions, la douleur, les spasmes; l'œil est souvent injecté, plein de larmes et fuit la lumière; la narine, du même côté, bouchée, enchifrenée, ne laisse plus passer l'air, la joue est gonflée et douloureuse (point sous-orbitaire), etc., etc. En même temps l'oreille bourdonne sous l'influence des contractions spasmodiques des peauciers auriculaires ou des moteurs de la chaîne des osselets, l'ouïe s'abaisse.

Le docteur se retira et retrouva la voiture qui l'attendait à la première rue pavée.

Il y monta et se fit conduire chez lui le plus vite possible. En descendant il remercia poliment le cocher. — L'automédon l'arrêta en lui demandant le prix de sa course. En vain lui fut-il proposé de s'adresser à celui qui l'avait été chercher. Le cocher s'en défendit en disant qu'il était parti sur le nom du médecin et que c'était lui qui devait le payer.

Il n'y eut pas de remède... Le praticien eut à se lever dans la nuit, opérer la patiente et payer la voiture.

Il ne manquait plus qu'il eut été forcé de faire un cadeau au papa de l'enfant.

***

Une page de combles arrachée pendant la nuit au célèbre album du docteur Monin :

Le comble de l'habileté en fait de tactique militaire:

Couper une voie... de guérison.

La douleur d'oreille n'est pas toujours observée dans ces lésions trophiques, ou bien c'est un phénomène de la première heure auquel les autres succèdent.

Chose curieuse, la dent cariée, point de départ de tout cet appareil symptomatique, peut n'être pas douloureuse.

Tripier, Triquet, Cahen, Gillette, etc., ont rapporté des faits de cet ordre.

Ce ne sont pas seulement les dents cariées, douloureuses ou non, qui provoquent de ces retentissements par la voie du trijumeau. En effet, j'ai observé des lésions de l'oreille et des troubles de l'audition chez les sujets qui portent les appareils prothétiques dentaires. Bien qu'on puisse admettre que la chute des dents a été accompagnée ici de névralgies capables d'agir sur l'oreille dès l'abord, il semble résulter de faits bien observés que la surdité et la névralgie

---

Le comble de scrupule pour un professeur :

Faire sortir de sa classe les enfants *légitimes* pendant le cours d'histoire *naturelle....*

Le comble de la joie pour un sourd :

Trouver quelqu'un qui lui fasse entendre raison.

Le comble de l'espérance et de l'amour filial pour un compositeur de musique :

Attendre tout de *l'air édité.*

Le comble de la politesse quand on cause avec une femme par le téléphone :

— Lui demander préalablement si la fumée du cigare ne la dérange pas.

Le comble de l'habileté pour un nourrisseur :

Extraire du lait de la *chèvre* d'un charpentier.

Le comble de la gourmandise :

Manger un de ses semblables après l'avoir fait mourir de peur, parce que, de cette façon, on est sûr que le malheureux avait la « chair de poule » !

Le comble de l'art médical :

Guérir un colis en souffrance dans une gare de banlieue.

faciales sont fréquemment causées par les dentiers, et cela surtout dans les premiers six mois de l'application.

J'ai publié, il y a quelques années, l'observation d'un zona buccal et lingual chez une dame arthritique qui portait depuis peu un dentier complet. Dans une des observations récemment prises, c'est pour un vertige de Ménière que la malade vint me consulter, et elle faisait remonter l'origine de son mal d'oreilles à des névralgies atroces qui cessèrent après l'extraction tardive de dents molaires de la mâchoire inférieure droite. Ici la lésion auriculaire n'a pas disparu avec la cause : peut-être avait-on trop tardé ? Sans doute aussi le labyrinthe a été atteint, comme l'oreille moyenne, par le processus trophique né de névralgies trop longtemps supportées.

M. Gellé termine en rapportant l'observation d'un malade atteint de surdité d'origine réflexe, et qui fut guéri à la suite de l'extraction d'une molaire de la mâchoire inférieure.

(*L'Odontologie.*) GELLÉ.

FISTULE DENTAIRE SIMULANT UNE FISTULE LACRYMALE.

L'enfant que j'ai présenté à la Société de chirurgie est atteint d'une affection qui a toutes les apparences d'une fistule lacrymale ; c'est en réalité une fistule dentaire. Ce n'est pas précisément sur cette similitude que j'appelle l'attention, mais sur une variété de fistule spéciale à l'enfance, que j'ai déjà signalée (Des suppurations de la paupière inférieure et de la région du sac lacrymal (*Arch. gén. de méd. et de chir.*, 1880), et dont ce malade offre un exemple.

Cet enfant, âgé de sept ans, présente, au-dessous du grand angle de l'œil gauche une tumeur, d'aspect inflammatoire sur laquelle apparaît un orifice fistuleux. Cette affection, par son siège et ses caractères, donne immédiatement l'idée d'une fistule lacrymale; mais il est facile de s'assurer, à l'aide d'injections, que le canal nasal est parfaitement libre, et que la fistule n'a aucun rapport avec la cavité du sac. L'exploration à l'aide du stylet ne révèle aucune dénudation osseuse sous-jacente. La suppuration a beaucoup diminué depuis quelque temps et paraît sur le point de s'éteindre.

Du côté de la bouche, il existe, dans le cul-de-sac vestibulaire, au niveau de la canine supérieure, un second orifice fistuleux. Les deux incisives supérieures sont en voie d'évolution. La première molaire était absente quand j'ai vu le malade pour la première fois, il y a huit jours; il ne restait à ce niveau, des dents de première dentition, que la canine que j'ai fait enlever, et qui présente, outre l'érosion des racines, une carie de la couronne. On ne trouve dans le cul-de-sac gingivo-labial aucun désordre reliant les deux orifices fistuleux. Il n'existe pas non plus entre eux de communication perméable aux injections, comme cela peut s'observer dans les cas de ce genre.

Les renseignements sur le début de l'affection, quoique incomplets, sont intéressants à noter. Il y a deux mois, le malade est pris d'une fluxion du côté gauche de la face. Huit jours après apparaît, au-dessous du grand angle de l'œil, un point inflammatoire qui s'abcède et s'ouvre spontanément. La fluxion a disparu au moment de la formation de l'abcès. Le pus s'est collecté de nouveau, et, à deux reprises différentes, a dû être évacué à l'aide du bistouri. Malgré quelques difficultés que peut offrir le diagnostic de

cette affection dans l'état actuel, particulièrement à cause de sa tendance à la guérison, je n'ai pas hésité, de par les faits analogues observés antérieurement, à la considérer comme une fistule dentaire. Les voies lacrymales sont manifestement hors de cause. Il n'est guère possible d'admettre une lésion primitive de l'os ou du périoste ; rien n'autorise actuellement une telle supposition, et le début des accidents lui est tout à fait défavorable. L'âge du malade, le siège de la fistule cutanée, sa coïncidence avec une fistule gingivale dont le siège est également significatif, permettent d'établir le diagnostic : il s'agit d'une fistule profonde intraosseuse. Le pus d'une périostite alvéolo-dentaire peut arriver jusqu'au voisinage de l'œil, grâce à une disposition des alvéoles particulières à cet âge. Voici deux maxillaires d'enfant de six à sept ans, où les alvéoles de seconde dentition, et, en particulier, celle de la canine dite « dent de l'œil », arrivent jusqu'au niveau du rebord orbitaire. Ces alvéoles communiquant avec celles des dents de lait, on s'explique que les suppurations entretenues par l'altération de ces dernières viennent se montrer le long de la paupière inférieure sans décoller le périoste.

Ces fistules peuvent siéger sur différents points, le long de la paupière inférieure. Chez ce malade, elle est dans le voisinage du sac lacrymal, le pus vient sortir quelquefois au niveau du trou sous-orbitaire. Dans un cas la fistule était plus externe encore, et avait provoqué la nécrose de la portion orbitaire de l'os malaire.

Une particularité importante de ces fistules, c'est que les rapports entre l'orifice cutané et l'alvéole malade tendent à disparaître, par l'élimination physiologique de la dent de lait, cause des accidents, et le développement de la dent permanente ; l'affection guérissant ainsi spontanément après

deux ou trois mois, sauf le cas où des nécroses entretiennent la suppuration pour leur propre compte. L'amélioration peut même se produire avant la chute de la dent, celle-ci perdant ses rapports nutritifs avec le périoste et cessant d'être nuisible. Il y a donc des cas où le diagnostic peut être difficile. On se souviendra que cette affection est spéciale aux enfants de cinq à sept ans, et l'on hésitera d'autant moins à faire enlever des dents suspectes, qu'il s'agit de dents temporaires, et que, par un léger sacrifice, on peut prévenir des cicatrices de la face, fort disgracieuses et souvent indélébiles.

(*L'Odontologie.*)

L'ART DE PANSER LES DENTS;

Par le Dr M. Stevens.

S'il y a une branche de notre spécialité qui a fait des progrès depuis quarante ans, c'est certes le pansement des dents malades.

Jadis, nos devanciers brûlaient au fer rouge, employaient force cataplasmes, purgations et gargarismes, mais étaient d'une ignorance suprême dans le traitement local.

Puis s'établit, à Paris, un dentiste célèbre. Notre confrère pansait les dents, m'a-t-on raconté, de la manière suivante :

Il attendait que son salon fût plein ; alors il faisait une entrée solennelle, suivi d'un domestique portant sur un plateau une fiole contenant un baume de son invention, et des boulettes de coton. Les clients ouvraient la bouche, et l'opé-

rateur faisait le tour et bourrait gravement chaque dent cariée avec un tampon chargé de son baume.

Plus tard Spooner introduisit l'acide arsénieux, et présenta ce caustique à ses confrères comme le meilleur agent pour détruire la pulpe dentaire, ou, pour parler plus correctement, pour tuer cet organe, car une fois tué il faut retirer le petit cadavre.

On usa, on abusa surtout de l'acide arsénieux; certains dentistes cautérisaient du matin au soir; ils appelaient ce traitement *insensibiliser* la dent.

Évaluer le nombre d'abcès alvéolaires causés par ces cautérisations à tort et à travers serait difficile. La mode était alors aux cautérisations. L'acide nitrique, l'acide sulfurique, la potasse caustique, l'acide arsénieux, l'acide phénique, faisaient fureur.

Le système, à cette époque, était de droguer à outrance. Un client venait avec une dent dont la dentine était un peu sensible; au lieu d'appliquer la digue et de bien sécher, deux moyens bien simples d'enlever la sensibilité, les insensibilisateurs mettaient de l'acide arsénieux.

Le lendemain, après de vives souffrances, causées par le caustique, la pauvre pulpe assassinée ne se défendait plus, la dent était *insensible*, on obturait.

Mais, quinze jours après, la pulpe se décomposait, des gaz se formaient et, s'échappant par l'apex de la racine, provoquaient un abcès. Nouvelles douleurs. Extraction.

J'ai vu, de mes propres yeux, un opérateur, après avoir mis une pulpe à nu par un mouvement maladroit de son excavateur, au lieu de l'obturer de suite avec du caoutchouc ou un ciment blanc non irritant, — emporté qu'il était par la manie de droguer, mettre (malgré mes protestations) de l'acide phénique pur sur le malheureux nerf qui ne deman-

dait qu'à vivre; — il répéta ses cautérisations pendant plusieurs jours, puis obtura.

Peu de temps après je le rencontrai : « Et votre cliente, dis-je, a-t-elle une fluxion?—Oui, répondit-il, je n'avais pas assez brûlé le nerf! »

Les dentistes modernes réfléchissent mûrement avant d'employer une drogue quelconque; ils ne condamnent pas l'usage de tel ou tel remède, *ils en critiquent l'abus.*

On peut *abuser* du remède le plus simple et le plus anodin. Il y avait jadis des dentistes qui faisaient revenir quinze fois une personne qui avait une carie simple non sensible, pour panser la dent avec de la teinture de benjoin.

Il nous importe surtout de savoir appliquer convenablement le remède nécessaire. Un professeur, trouvant dans une dent cariée une pulpe malade, peut dire à l'élève de panser la dent avec de l'acide arsénieux et de recouvrir avec du coton et du vernis.

Cette petite opération, qui n'a l'air de n'exiger que bien peu de dextérité, doit, au contraire, être faite avec un soin inouï. Un opérateur négligent peut faire souffrir cruellement son client, et même lui causer des lésions graves en pansant maladroitement.

Par exemple : si la pulpe malade n'est pas mise bien à découvert avant que le caustique lui soit appliqué, les souffrances seront bien plus grandes, car l'irritation causée par le caustique produit un gonflement des petits vaisseaux sanguins qui circulent dans la pulpe, et si cet organe est resserré dans sa petite boîte osseuse et ne peut se dilater, les souffrances deviennent intolérables.

J'ai soigné, il y a quelques années, un grand personnage, qui avait été consulter un de nos plus éminents confrères.

Ce client avait une cavité derrière la seconde petite mo-

laire inférieure à droite. Le dentiste, dont la compétence est admise par tous, mais qui, à cause de son âge, a sans doute la vue un peu faible, au lieu d'appliquer l'acide sur la pulpe, avait mis le coton dans la gencive.

Le résultat fut terrible. Quand le client vint me voir, sa bouche était pleine de pus, et je dus lui enlever une grosse molaire et un morceau considérable de mâchoire nécrosé.

Je m'empressai de disculper mon confrère, car un accident pareil peut arriver à tout le monde avec un caustique aussi violent que l'acide arsénieux.

Les plus simples pansements doivent être faits selon les règles, avec soin et dextérité.

Il faut bien plus de talent et d'adresse pour traiter, par exemple, un abcès alvéolaire, que pour faire la plus belle aurification.

J'entends, bien entendu, le traitement moderne, qui consiste à enlever jusqu'en haut des racines tous les petits résidus de la pulpe mortifiée, le pansement des racines et l'obturation subséquente.

Prenons, si vous le voulez bien, un cas que nous retrouverons journellement :

Abcès alvéolaire sans fistule, inflammation modérée du périoste.

Il y a des opérateurs, et des meilleurs, qui sont d'avis de prendre un tour, d'ouvrir largement la cavité pulpaire, de faire des lavages antiseptiques en seringuant vigoureusement dans les canaux radiculaires, puis, toujours dans la même séance, d'enlever les débris de pulpe mortifiés.

Un tampon d'acide phénique pur est mis dans chaque racine et une boulette de coton imbibée de vernis bouche le tout.

Je ne dis pas de mal des lavages quand *il y a fistule*, mais

dans le cas contraire je n'oserais pas moi-même injecter des antiseptiques le premier jour dans les conduits radiculaires, je craindrais de souffler ainsi des débris de pulpe mortifiés à travers l'apex, jusque dans le sac.

Je ne viens pas vous conseiller d'abandonner l'acide arsénieux, l'acide phénique ou les seringues à abcès ; je tiens seulement à vous avertir du danger que vous courez si vous abusez de ces méthodes de guérison.

Je tiens, Messieurs, à être bref aujourd'hui ; une autre fois je reviendrai en détail sur ce sujet intéressant. Mon désir, dans cette leçon, est de vous démontrer que deux élèves peuvent dans un cas pareil panser une dent en employant les mêmes remèdes : l'un réussira ; l'autre fera plus de mal que de bien, parce qu'il aura fait son pansement maladroitement.

Prenons l'acide phénique. Remarquez un opérateur adroit. Il mettra délicatement la digue. S'il se sert de soie, il aura soin de ne pas laisser son fil arriver brusquement sur la gencive. Il séchera avec soin, puis prendra un tout petit coton imbibé d'acide phénique et de glycérine ; il essuiera le trop-plein de liquide sur un autre coton, puis recouvrira son pansement de coton imbibé de vernis ou d'un plombage provisoire en caoutchouc.

Voyez un autre. Il saisit le coin de la bouche de son client et le tire avec violence de côté ; il prend un « tampon » de coton, le plonge dans l'acide phénique pur, laisse tomber une ou deux gouttes de trop-plein sur les lèvres et la langue de sa victime, met un « tampon » de coton dans la cavité, prend un second « tampon » souvent beaucoup trop grand, l'imbibe de vernis, laisse tomber une goutte ou deux sur le paletot du patient, et « bourre », — je ne puis me servir d'une autre expression — ce second coton par-dessus

celui qui contient l'acide phénique. Sous cette pression, les deux cotons laissent échapper le liquide dont ils sont saturés, et, comme notre opérateur a négligé de mettre la digue pour ce qu'il appelle un simple pansement, la cavité orale devient inondée du mélange. Vous avez tous vu un des opérateurs de l'une et de l'autre catégorie.

En vous servant d'acide arsénieux, je crois que vous ferez bien d'éviter le caustique pur. Le coton préparé du Dr Thomas, employé en petites boulettes presque imperceptibles et recouvertes avec soin, vous donnera de très bons résultats.

Dans ma clientèle, je n'ai employé qu'une seule fois depuis trois ans l'acide arsénieux *pur*. C'était un cas tout spécial ; il y avait des nodules de dentine secondaire dans la pulpe.

Prenons un de mes remèdes favoris, l'alcool absolu et le tannin. Vous servez-vous d'un instrument en acier, le tannin forme de l'encre; si vous employez, au contraire, de petites pointes en fil de platine, vous n'aurez pas ce désagrément, dont parlait l'autre soir votre directeur, et vous ne perdrez aucun des avantages que vous donnerait un remède précieux.

Dans des cas d'abcès alvéolaires *sans fistule*, un opérateur se contentera, le premier jour, d'ouvrir délicatement la cavité pulpaire ; il y glissera timidement un désinfectant, soit de l'iodoforme, du tannin avec alcool absolu ou glycérine, de l'acide arsénieux, de l'acide phénique, peu importe, puis recouvrira légèrement.

Le Dr Thomas, qui était venu me rendre visite il y a quelques jours, était présent pendant que je traitais un cas pareil. J'ai remarqué avec plaisir qu'il partageait ma timidité.

D'autres opérateurs sont plus audacieux. Quant à moi, plus j'observe ces cas d'abcès *sans fistule*, plus je deviens timide.

Encore un dernier cas qui vous montrera comment on peut *abuser* des meilleurs remèdes.

Vous savez tous que, dans des cas de périostites, la teinture de racine d'aconit, mélangée de chloroforme, nous donne des résultats des plus satisfaisants. J'ai vu un cas, il n'y a pas bien longtemps, où l'opérateur, voulant forcer la dose, a causé une paralysie, heureusement temporaire, des extrémités.

Usons, n'abusons donc pas des remèdes utiles, mais dangereux, que nous avons entre les mains; soyons prudents et adroits, et le public comprendra bientôt que le dentiste n'est pas un simple empirique, mais le véritable médecin des dents.

(*Revue odontologique.*) STEVENS.

ABCÈS ALVÉOLAIRE, S'OUVRANT DANS L'ANTRE D'HIGHMORE ET LES FOSSES NASALES, SIMULANT UN CATARRHE NASAL CHRONIQUE;

Par JOHN-S. MARSHALL, M. D.

(Ex-professeur de chirurgie dentaire, service médical de la *Syracuse University*, New-York.)

TRADUCTION DE M. O. CERF.

On considère généralement comme une indication d'ozène, un écoulement chronique, de mauvaise nature, par les narines. Le mot « ozène » signifie simplement « mauvaise odeur ». De nombreuses conditions morbides, affectant les voies nasales ou les cavités avoisinantes, peu-

vent amener cette maladie. Il faut citer, parmi les causes les plus communes, la syphilis, la scrofule, le lupus, l'ulcération, la carie ou la nécrose des os ou des cartilages, l'inflammation de la muqueuse des sinus frontaux ou maxillaires, l'abcès alvéolaire s'épanchant dans l'antre d'Highmore ou directement dans les fosses nasales. Le diagnostic de certaines formes de catarrhe nasal chronique avec écoulement mucoso-purulent est toujours facile, mais celui d'un abcès alvéolaire s'ouvrant dans le sinus maxillaire doit être rangé parmi les difficiles. Il est impossible, avec les moyens actuellement en notre pouvoir, d'inspecter les cavités accessoires, aussi devons-nous établir notre diagnostic en nous basant sur les signes extérieurs.

Les relations existant entre les incisives supérieures et les fosses nasales, entre les bicuspides, les molaires et l'antre d'Highmore, sont telles, que la formation d'un abcès à l'extrémité de leurs racines, quelle qu'en soit l'origine (la cause la plus commune étant la mortification naturelle ou artificielle de la pulpe), peut amener l'épanchement des sécrétions dans l'une de ces cavités et déterminer une suite de conditions morbides allant d'un écoulement nasal bénin à l'ozène le plus pernicieux. Il arrive souvent que les racines des molaires pénètrent dans le sinus maxillaire, même sur une étendue considérable, et parfois recouvertes d'une lamelle osseuse extrêmement mince, tandis que dans d'autres cas elles en sont complètement dépourvues. On peut rencontrer, moins souvent il est vrai, des incisives supérieures recouvertes, plus particulièrement à l'extrémité des racines, d'une portion d'os aussi épaisse que le rebord alvéolaire externe, mais offrant moins de résistance au travail de la suppuration que cette partie de l'alvéole protégée encore par les tissus denses de la gencive.

Le mode d'évacuation le plus naturel d'un abcès se produit par la face externe de l'alvéole et la gencive qui la recouvre. Parfois l'abcès se fraye un passage par la face interne de l'alvéole et s'ouvre dans la région palatine ou linguale, ou bien il suit le périoste entre la racine et l'alvéole et vient sourdre au bord gingival; moins fréquemment, il évacue par les fosses nasales ou le sinus maxillaire, selon que la dent est rétrécie à la partie antérieure ou postérieure de la mâchoire.

L'inflammation chronique des muqueuses tapissant les cavités accessoires, quelle qu'en soit l'origine, s'accompagne de gonflement et d'induration, amenant une occlusion partielle des ouvertures donnant dans les fosses nasales et une rétention plus ou moins complète des matières sécrétées. Dans ces conditions, ces sécrétions, après avoir trouvé une issue dans les fosses nasales, déterminent un écoulement nasal simulant si parfaitement un catarrhe nasal qu'il induit en erreur le diagnostic le plus attentif, étant établi que l'inflammation de la muqueuse est une des premières causes de l'affection, tandis que, dans les nombreux cas où le sinus maxillaire est atteint, la mortification d'une dent sera la source du mal. On commettra une erreur de diagnostic si l'on n'examine pas les dents de la façon la plus attentive au point de vue de leurs relations avec la maladie, et on la prendra pour une inflammation catarrhale de la muqueuse tapissant l'antre, inflammation qui aura gagné la muqueuse des fosses nasales par continuité.

J'ai vu, ces dernières années, quelques personnes atteintes de cette forme de l'affection ; nombre d'entre elles, soi-disant souffrant de catarrhe nasal chronique, avaient subi un traitement de plusieurs mois. On a très peu écrit sur ce sujet et bien que mes traités de chirurgie générale et les ouvrages

s'occupant des maladies du nez et des dents attribuent tous à un abcès alvéolaire, les affections de l'antre, et parfois l'écoulement fétide du nez, la plupart ne consacrent que quelques lignes à la matière et encore le font-ils d'une façon si superficielle que leur lecture ne peut être fort profitable, ni à l'étudiant, ni au praticien.

Le docteur Carl Michel, de Cologne, passe pour avoir attiré le premier l'attention sur ce fait, que la cause d'écoulements fétides par les narines résidait souvent dans des conditions morbides des cavités avoisinantes (les sinus frontaux, sphénoïdaux et l'antre d'Highmore). Le docteur F.-H. Bosworth, dans son admirable livre *Des maladies du nez* rend justice à Michel et amplifie sur ces faits en disant : qu' « étant donné la position, la forme, les dimensions, la connexion des cavités accessoires, il est aisé de comprendre comment une simple inflammation des muqueuses tapissant l'une d'elles, peut dégénérer rapidement en une inflammation, dont les conditions morbides seront caractérisées par un écoulement purulent. Le pus, retenu dans les cavités, entrera promptement en décomposition. L'accumulation des produits morbides dans une de ces cavités amène un élargissement de cette dernière et les sécrétions d'un caractère pernicieux, fétides, s'échappent par l'orifice dans les fosses nasales. »

Plus loin, il ajoute : « une affection de l'antre d'Highmore produit souvent l'ozène, déterminé dans la plupart des cas par des dents cariées dont les racines se projettent dans cette cavité..... Mais la maladie appartient essentiellement à la cavité nasale. » Cohen, dans son livre *Des maladies de la gorge et des cavités nasales* fait une courte allusion au sujet et dit que parmi les causes d'ozène, il faut citer « la carie d'une dent supérieure, compliquée d'une inflamma-

tion de l'antre ». Le docteur Goodwillie, dans son mémoire sur « le catarrhe naso-pharyngien » lu à l'Association médicale américaine, en 1880, attire l'attention sur ce fait que l'abcès du maxillaire amène souvent un écoulement par le nez; mais la longueur de son mémoire l'empêche d'entrer dans des détails et il ne cite, ainsi qu'il aurait pu le faire, aucun cas capable de jeter quelque lumière sur la matière.

(*Dental Cosmos.*) JOHN-S. MARSHALL, M. D.

UN MOYEN FACILE D'OBTENIR L'ANESTHÉSIE LOCALE PAR L'ÉTHER.

Par M. le Dr CHEIZE.

Il y a quelques jours, une jeune fille se présente avec un ongle *incarné* ancien; elle sollicite l'opération, l'arrachement de l'ongle, et cela immédiatement; car elle demeure fort loin.

Je remplace l'appareil de Richardson absent de la façon suivante:

J'imbibe avec de l'éther un petit gâteau de ouate de la grandeur d'une pièce de cinq francs, que je place sur le gros orteil, et avec un soufflet de cheminé je souffle sur l'éther; en deux minutes l'évaporation est complète; j'arrose une seconde fois et je souffle de nouveau. En moins de cinq minutes l'anesthésie est complète. J'enlève alors l'ongle incarné, je cautérise au fer rouge la matrice de l'ongle sur le bord externe, sans que la malade s'en aperçoive. Je suis obligé de lui montrer son ongle extirpé pour lui prouver que l'opération a été faite.

(*Gazette des Hôpitaux.*) Dr CHEIZE.

TRAITEMENT DE LA CARIE DENTAIRE PAR LA CRÉOSOTE SOLIDIFIÉE.

La créosote est un remède populaire employé contre les douleurs produites par la carie des dents. Comme sa fluidité excessive occasionne souvent des accidents graves dans la bouche des personnes qui l'emploient, on y remédie en la solidifiant par l'addition d'une certaine quantité de collodion, 10 grammes pour 15 grammes de créosote. On obtient ainsi une sorte de gelée qui, outre l'avantage d'être plus maniable que la créosote simple, a celui de former un vernis qui obture l'orifice de la dent gâtée et empêche l'air d'influencer le nerf dentaire. (*Revue de thérapeutique.*)

LUPUS DE LA MUQUEUSE DU VOILE DU PALAIS DANS SA PHASE INITIALE.

Par M. Krause.

M. Krause. — Je vous présente une malade que M. Koebner m'a envoyée après l'avoir traitée d'un lupus situé à la partie externe et sur la muqueuse du nez, en raclant les parties malades avec la cuiller tranchante et en y appliquant ensuite le crayon de chlorure de zinc dont il se sert depuis quelque temps pour ce genre de traitement.

La malade, âgée de dix-sept ans, dit avoir été atteinte de la scrofulose dans son enfance; elle a même perdu il y a deux ans et demi, par suite d'une carie réputée scrofuleuse, le doigt indicateur gauche; l'affection du nez existe depuis un an et demi environ.

L'affection du voile du palais n'ayant causé aucun symptôme subjectif, la patiente fut péniblement surprise lorsqu'elle apprit que le lupus avait également atteint cette dernière partie. Cette maladie du voile du palais est intéressante, parce qu'elle nous présente dans sa petite étendue et dans son faible développement un très bon exemple du début d'un lupus de la muqueuse. Nous trouvons sur la partie médiane, au-dessus de la luette, dans une muqueuse anémique, sans infiltration, entourée seulement d'une mince auréole rougeâtre, une nodosité grosse comme un pois, nodosité qui s'est formée par la confluence de trois excroissances miliaires jaunes papillaires; à droite de la luette, sur le pilier antérieur du voile du palais, se trouve une petite nodosité miliaire isolée. En faisant la rhinoscopie postérieure, on voit la portion nasale (postéro-supérieure) du pharynx libre de nodosités; la partie postérieure droite de la cloison nasale est assez épaissie. Les cordes vocales sont rouges aux apophyses vocales; l'épiglotte, ainsi que toutes les autres parties du pharynx et du larynx, n'offrent rien d'anormal.

Dans ces derniers temps, quelques travaux remarquables ont été publiés sur le lupus de la muqueuse du voile du palais, ce sont surtout ceux de O. Chiari et Riehl, puis celui de Haslund, et enfin ceux de Demme, Doutrelepont, etc., qui admettent l'existence du bacille des tubercules dans les produits du lupus.

Chiari et Riehl soutiennent, ce que d'autres auteurs contestent, que la formation des nodosités dans la muqueuse est l'origine du lupus et que l'infiltration de la muqueuse ne se manifeste qu'en second lieu. Douleurs et troubles de la fonction n'existent pas d'abord, mais se manifestent tardivement, ce qui fait qu'on observe rarement le début du

mal. Les auteurs conseillent de faire, dans tous les cas de lupus, l'examen des muqueuses.

Le cas de cette malade confirme les assertions de Chiari et Riehl qui ont dressé une statistique de 38 cas avérés de lupus du larynx, publiés jusqu'alors. 6 d'entre eux ont été observés par ces auteurs sur un total de 68 individus atteints de lupus (8 p. 100). Dans ces cas, la partie affectée le plus souvent était l'épiglotte, qui n'a été trouvée indemne que dans trois cas.

Cette affection atteint plus fréquemment les femmes que les hommes : sur 33 cas, il y a 25 femmes et 8 hommes. Mais il faut noter que l'âge joue aussi un grand rôle, car sur ce nombre 19 (15 filles et 4 hommes) avaient moins de vingt ans. Presque tous étaient également porteurs d'un lupus du nez.

Haslund confirme, d'après ses expériences, les résultats de Chiari et Riehl, il a rencontré dix affections du larynx parmi 109 lupeux, c'est-à-dire 9,1 p. 100.

Quant au diagnostic différentiel, il semble devenir plus sûr depuis que l'on a constaté l'existence des bacilles des tubercules dans les néoplasmes lupeux. Doutrelepont classe le lupus parmi les affections tuberculeuses, ce que Friedlaender avait déjà indiqué avant lui.

Mais il y a encore des difficultés quant à la différence des symptômes cliniques des deux formes pathologiques. Le lupus est plus fréquent à l'âge de la première jeunesse, contrairement à ce qui a lieu pour la tuberculose laryngienne. La tuberculose se développe généralement dans les organes internes, le lupus siège à la peau. Chez le malade que je vous ai présenté au mois de février dernier, et qui a succombé le 2 avril, nous vîmes se manifester cette localisation *sub finem vitæ* du malade. Ici, nous la voyons avec

des caractères différents chez un individu ayant encore un bon état de santé. Il ne faut pas oublier que dans la tuberculose du larynx, l'épiglotte est très souvent indemne, dans le lupus du larynx elle est presque toujours assez violemment envahie. Enfin, le lupus tend beaucoup plus à se cicatriser que la tuberculose.

J'estime que le traitement de ma malade doit être énergique. Je détruirai les nodosités à l'aide du galvano-cautère et je vous rapporterai plus tard la marche ultérieure de cette affection.

M. Koebner. — Je crois devoir faire remarquer que l'application du crayon au chlorure de zinc, suivie d'un raclement avec la cuiller tranchante, est encore une méthode applicable dans les cas de lupus; elle n'est nullement devenue superflue depuis la découverte des bacilles des tubercules dans les nodosités lupeuses. Après avoir raclé les ulcères, j'enfonce immédiatement le crayon; au bout de douze jours environ l'eschare se détache, mais souvent il faut répéter la cautérisation.

On doit surtout faire l'exploration des cavités nasales et de la portion nasale du pharynx dans tous les cas de lupus. Je suis convaincu qu'à l'aide de cette méthode on évite des perforations qui se produiraient sans cela, les nodosités primitives étant facilement méconnues.

(*Société de médecine berlinoise.*)

(*Semaine médicale.*)

AMAUROSE D'UN ŒIL OCCASIONNÉE PAR LA NON ERUPTION DE DENTS;

Par PERCY MAY, M. R. C. S. Angl. L. D. S. Edim.

Dans le mémoire présenté à la Société odontologique de la Grande-Bretagne, M. Henry Pamer a attiré l'attention sur les relations intimes qui existent entre les accidents et les affections des dents, et les lésions sympathiques de l'œil. Il a démontré que nombre des conditions morbides rencontrées par l'oculiste trouvent leur origine dans des anomalies dentaires, des maladies des dents, et rentrent, par conséquent, dans le domaine du chirurgien dentiste. Plusieurs de ces affections se rapportent à l'oculistique et à la chirurgie dentaire, et, partant, nécessitent les soins de spécialistes de l'une et de l'autre branche. Le cas qui fit l'objet de cet article est un exemple d'une de ces maladies, et a d'autant plus de valeur que les livres dont on se sert généralement donnent peu de renseignements sur cet important sujet.

La malade dont il s'agit vint me trouver pour faire redresser une anomalie dentaire, autre que celle qui, accidentellement, se révèle comme étant la cause de l'amaurose dont souffrait ma cliente, car ce fut seulement dans le cours d'une conversation que j'eus avec elle que j'appris qu'elle avait perdu l'usage de l'œil gauche.

La patiente, jeune personne de dix-sept ans, me dit que se plaignant quelque temps auparavant d'une faiblesse de la vue, elle consulta un oculiste qui, après examen, constata qu'elle avait presque entièrement perdu l'œil gauche, et que l'autre commençait à être affecté par suite d'un excès

d'usage. L'œil gauche était dans cet état « depuis deux ou trois ans ».

En réponse à une lettre adressée à cet oculiste, j'appris qu'il existait « quelques troubles de la chroroïde à la partie postérieure de l'œil; qu'il était difficile de découvrir la cause de l'affection, et que l'extraction de la dent non sortie pouvait seule être utile ».

Lorsque je vis la première fois cette jeune personne, je trouvai nécessaire de lui placer quelques dents artificielles, et, après avoir pris l'empreinte de la bouche, je remarquai une légère tuméfaction de la région bicus pudienne, du côté du palais. Avec là sonde, je sentis distinctement l'émail d'une dent, située juste en dessous de la muqueuse. Je priai la malade de m'autoriser à enlever cette dent, dans l'espoir d'améliorer sa vue, et, au préalable, je fis, avec ma montre, une expérience sur les yeux. Maintenant le droit fermé, au moyen d'un doigt, elle ne put distinguer, avec la gauche, ni le blanc du cadran, ni le jaune de la cuvette en or de la montre placée à une distance de moins d'un mètre, pas plus qu'elle ne put reconnaître les traits d'une personne à la même distance.

Pendant qu'elle se trouvait sous l'influence de l'anesthésique, je fis une incision cruciale à l'endroit où se trouvait la dent, et j'arrivai, avec la plus grande difficulté, à enlever une portion considérable de ce qui me parut être une bicuspide; la dent étant venue par fragments, il m'eût été difficile d'établir exactement son individualité.

A peine revenue à elle, la malade s'écria : « Oh! je vois avec mon mauvais œil! » et, après un nouvel essai avec la montre, elle en distingua la face et le dos, et ce à une distance de près de trois mètres.

Deux jours après, en réponse à une lettre que je lui

adressai, elle m'annonça que l'œil malade s'était amélioré au point qu'elle pouvait lire sans le secours de l'autre œil. Je revis la jeune personne, une semaine après notre première entrevue, et, comme il n'existait aucune autre amélioration, je l'engageai à retourner chez son oculiste. Je ne pus découvrir, dans sa famille, aucun symptôme d'affection constitutionnelle, et il ne s'est produit ici, en dehors de l'amaurose, aucun autre symptôme de gêne ou de douleur.

Le cas montre, en outre, l'extrême importance qu'il faut apporter à diagnostiquer de bonne heure les lésions des dents affectant directement ou indirectement la vue, et de reconnaître la nécessité d'un traitement immédiat. La bouche réclame autant d'attention quand la canine et les bicuspides de gauche font défaut que lorsqu'on rencontre une dent surnuméraire du même côté.

(*British Journal of dental Science.*)

DU TRAITEMENT DE LA CONSTRICTION DES MACHOIRES;

Par M. W.-D. Spanton.

M. W.-D. Spanton donne une description fort intéressante de deux cas d'ankylose temporo-maxillaire survenant à la suite de la scarlatine et amenant la fermeture complète des mâchoires. Nécessairement, dans chaque cas, la santé générale avait beaucoup souffert, à cause de l'insuffisance de l'alimentation. Dans le premier cas, l'on a essayé d'ouvrir la bouche sous le chloroforme et même en exerçant une certaine force, mais sans résultat autre que la fracture d'une dent. Le docteur Spanton se décida alors à passer un ténotome dans l'articulation temporo-maxillaire immédiatement

au devant de l'artère temporale, fit le tour du condyle du maxillaire inférieur, divisant le ligament latéral externe et sectionnant en partie l'attache du muscle ptérygoïdien externe. Il eut soin de ne pas plonger trop profondément le ténotome afin de ménager l'artère méningée moyenne. Après cette incision, il a été facile d'ouvrir la bouche, et la malade put mâcher ses aliments. La santé générale s'est immédiatement améliorée. Six mois après, la raideur s'est manifestée de nouveau, et une nouvelle incision fut faite, encore plus complète que la première. La malade peut ouvrir la bouche maintenant et dans des proportions tout à fait suffisantes. Les mouvements de latéralité sont presque nuls.

Le second cas ressemblait en tous points au premier. Le même traitement lui a été appliqué avec les mêmes résultats heureux. Dans ce second cas, les mouvements de latéralité étaient bien plus prononcés. La première de ces malades avait dix ans, la seconde en avait cinq seulement.

(*The Lancet.*)

CIMENT EMPLOYÉ PAR LES BIJOUTIERS;

Par M. F. Moisan.

On fait dissoudre de la colle de poisson préalablement ramollie par l'eau, dans la plus petite quantité possible d'alcool à l'aide d'une douce chaleur. Dans 60 de ce soluté on fait dissoudre 0,5 de gomme ammoniaque, et on y ajoute un soluté de 2 de mastic dans 12 d'alcool fort; on conserve en flacon bien bouché. Pour s'en servir on le fait ramolli au bain marie.

F. Moisan.

NÉTHODES POUR MASQUER LES SOUDURES.

Sur les objets en métal les traces de soudure forment de véritables taches. La méthode suivante permet de leur donner l'aspect général de l'objet.

Pour les objets de cuivre, il faut préparer une dissolution concentrée de sulfate de cuivre (couperose bleue) et au moyen d'une baguette, en appliquer une certaine quantité sur la soudure. En touchant ensuite ce point avec un fil de fer ou un fil d'acier, on cuivre le point touché, l'épaisseur du dépôt augmente en répétant plusieurs fois l'opération. Pour obtenir l'aspect du laiton, il faut employer un mélange de dissolution saturée de une partie de sulfate de zinc avec deux de sulfate de cuivre, l'appliquer au point cuivré au préalable, et frotter avec un morceau de zinc. La couleur sera plus foncée en saupoudrant de poudre d'or et en polissant ensuite. Pour les objets en or ou en doublé, on cuivre d'abord la soudure, on la recouvre ensuite d'une mince couche de gomme ou de colle de poisson, puis on la saupoudre de limaille de bronze, et quand la gomme est sèche, on frotte énergiquement et l'on obtient ainsi un poli très brillant. On peut encore dorer par galvanoplastie, la coloration est ainsi plus uniforme.

Pour les objets en argent, on cuivre comme précédemment puis on frotte avec une brosse trempée dans de la poudre d'argent, on passe ensuite au brunissoir, puis l'on polit de nouveau.

A. PRÉTERRE, *rédacteur en chef*, *propriétaire*.

Le Gérant : ROCHE.

MUSÉE DENTAIRE PRÉTERRE.

ANOMALIES DENTAIRES, RESTAURATIONS, PIÈCES ARTIFICIELLES, AURIFICATIONS, ETC.

Le Musée est ouvert au public tous les jours à 1 h. 1/2.

LISTE DES MÉDECINS
devant lesquels ont été faites des opérations avec le protoxyde d'azote.

par A. PRÉTERRE.

Ier TABLEAU.

Hôpitaux dans lesquels nous avons pratiqué des opérations avec le protoxyde d'azote.

1. VELPEAU ... Ouverture d'un large abcès. (*Charité*).
2. DOLBEAU ... Opération sur le sein. (*Hôtel-Dieu*).
3. MAISONNEUVE. Ongle incarné. (*Idem*).
4. VOILLEMIER. Deux cautérisations profondes au fer rouge d'une tumeur cancéreuse et opération du phimosis. (*Saint-Louis*).
5. GUÉRIN..... Ouverture d'un panaris. (*Saint-Louis*).
6. BROCA...... Ouverture d'abcès profonds situés à la face interne de la jambe. Ouverture d'un kyste synovial de la face dorsale du poignet. (*Saint-Antoine*).
7. FOUCHER... Incision de plusieurs tumeurs chez une jeune fille. (*Saint-Antoine.*)
8. RICHARD.... Opérations sur les seins. (*Beaujon*).
9. SAINT-GERMAIN. Phimosis. (*Midi.*)
10. VERNEUIL... Fistule à l'anus. (*Lariboisière*).
11. FOLLIN..... Phimosis, (*Cochin*).
12. RICHET..... Ouverture d'un panaris. (*Pitié*).
13. GOSSELIN... Ouverture d'abcès, etc. (*Idem*).
14. GIRAUD-TEULON. Dilatation d'une fistule lacrymale. (*H. des Cliniques*).
15. BLACHE..... Extractions et cautérisation. (*H. des Enfants*).
6. LEGOUEST... Diverses opérations. (*H. du Val-de-Grâce*).

IIe TABLEAU.

Opérations pratiquées dans notre cabinet.

Le professeur NÉLATON (de l'Institut).	Administré le protoxyde d'azote a une dame nerveuse.
Le professeur RICORD (ex-président de l'Académie de médecine).	Plusieurs extractions.

Le professeur J^es^ CLOQUET (de l'Institut).	Extraction de deux grosses molaires ayant déterminé la formation d'abcès multiples à la face externe du menton, et extraction d'une grosse molaire chez un individu redoutant tellement la douleur qu'il était venu de Madrid pour se faire opérer.
Le professeur CRUVEILHIER...	Extraction de deux dents molaires chez une dame extrêmement nerveuse.
Dr MARION SIMS............	Extraction de trois dents chez une jeune dame que l'on n'avait pu réussir à endormir avec le chloroforme et l'éther.
Dr HÉRARD, médecin de l'Hôtel-Dieu.	Extraction de deux dents ayant déterminé une énorme fluxion qui rendait très difficile l'ouverture de la bouche.
Le professeur BOUCHUT......	Extractions dentaires.
MILNE-EDWARDS (de l'Institut).	Deux extractions.
PÉLIGOT (de l'Institut)......	Extraction d'une canine.
SERRET (de l'Institut)........	Extraction.
LEROY DE MÉRICOURT, médecin en chef de la Marine.	Extraction de deux dents chez un jeune homme. Administré le gaz à une personne très nerveuse pour calmer ses crises. Le succès a été complet.
Dr BERGERON, médecin des hôpitaux.	Extirpation de deux dents de sagesse ayant produit plusieurs abcès.
Dr GUENEAU DE MUSSY, médecin des hôpitaux.	Trépanation dentaire.
Dr MICHEL LÉVY, directeur du Val-de-Grâce.	Rupture d'ankylose.
Dr DESMARES...............	Extraction de six racines et de plusieurs molaires. Cautérisation et avulsion de dents.
M. BERTRAND (de l'Institut)...	Extirpation de nerfs dentaires.
Dr CAMPBELL...............	Plusieurs extractions.
Dr LHÉRITIER, ex-médecin de l'Empereur.	*Idem.*
M. Georges VILLE, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris.	Extractions de deux racines.
SAULCY (de l'Institut)	Extractions.
PIORRY, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Paris.	Hernie étranglée.
MAGNE....................	Iridectomie.
Paul BERT, professeur à la Sorbonne, et Léon LABBÉ, chirurgien des hôpitaux.	Diverses opérations avec le protoxyde d'azote sous pression suivant la méthode de M. Paul Bert.

L'énumération complète des opérations que nous avons pratiquées étant trop longue, nous nous bornerons à ajouter à notre tableau la

liste alphabétique de quelques-uns des médecins non précédemment cités devant lesquels nous avons opéré ;

MM.

Aassanis, Aubergier, Auburtin, Ancona, Anger, Apostoli, Arlys, Braud, Bertaulles, Baldou, Bruté, Blondeau, Blanchard, Béni-Barbe, Béraud, Beylard, Baudin, Boutin de Beauregard, Bourgeois, Belit, Berthiot, Bihorel, Bastin, Bricheteau, Berger (Paul), Brochin, Blandin, Beuve, Blanche, Beziel, Boutet, Bonnefous, Brault (de Nevers), Baizeau, Bonnecaze, Boureau, Bienfait, Blin, Bouchardat, Botrel, Baratgin, Béru, Brouardel, Bennett, Cabanellas, Calvo, Crétin, Carbonnel, Carnet, Chabory-Bertrand, Catellier, Cléret, pharmacien, Corlieu, Cramoisy, Couriard, de St-Pétersbourg, Campardou, Chapelle, d'Angoulème (a pris de gaz pour dissiper une migraine), Chapuis, Cattin, Chenu, Cluzeau, Coizeau, Courserand, Chairon, Champouillon, Curie, Chairou, Chaix, Cahours, De Cazal, Churchill, de Londres, Chateau, Collin, Camuset, Chaigneau, Cayron, Claudot, Cousin, Challier, Carpentier, Clément, Campion, Cahen, Combault, Chassaignac, Dubois, Debout fils, Dupuy, Dumoutier, Delore, Doyon, de Lyon, Dumontpailler, Doré, ex-préparateur à l'Ecole polytechnique, Dupierris père et fils, Deroy, Dupré, Dusseris, Danet, Dubois (Emile), d'Echerac, Délit, Descroizille, Desarènes, Dally, Desormeaux, Danet, Duval, Durand, Delannoy, Delcominète, Delineau, Dagron, Delapierre, Delpech, Duplay, Depaul, Debove, Darenberg, Daupley, Delpiaz, Dupouy, Duportal, D'Alvarez, De la Plagne, Declat, Ehrhard, Edward, Forget, A. Ferrand, Fauvel, Fournier (Alphonse), Féréol, Françо, Finot, Fleury, Foucaud, Frémy, Fattet, Fiévet, Fagard, Gent, Gaume, Gauran, Grange, Galezoswki, Galezoswki neveu, Gaujot, professeur, Géry, Gélineau, Gombault, Guyot, Herschell, Huet, Hatton, Halléguen, Hervé de Lavaur, Hurst, Hillaret, Hardy, Hévia, Houzé de l'Aulnoit, professeur à la Faculté de Lille, Hottot, Hurst, Issartier, Jadelot, Jeannel, Jourdannet, Julien, de New-York, Jousset, Jolivet, Joly, Jarjavay, Japhet, Janet, Kohn, Keller, Kohly, Legrand du Saulle, Labrevoit, Gustave le Bon, président de la Société de médecine pratique de Paris, L'Eguillou, professeur Legouest, Letellier, Leudúger, de Saint-Brieuc, Lachapelle (Ernest), Lebreton, Le Clerc, Lombard, Lornes, Lanoix, Le Grifs, Lapra, Lamarre, Leconiat, Laguerre, Lacronique, Lannelongue, Legrand (Maximin), Lowe, Lallemand, Leboucher, Lallier, L'Epine, Leneveu, Landrin, Liégeard, Leroux, Lepère, Lelièvre, Letort, Lambert, Léon Lefort, Lotte, Lepautonnier, Large, Monod, Morin, Morpain, Moity, Moutier, Magne, Mallez, Mougeot, Millard, Mayer, Moser, Michel (Edouard), Miramont, Millard, Maunoury, Montier, Maréchal, Michaux, Mauriac, Mervy, Monier, Minière, Mériot, Morel, Mouchet, Montagard, Menard, Mialhe, Nord, Neudin d Condé, Noack, Nitard-Ricord, Naquet, Noel, Nicolas, Normand-Dufié, Ovion, Ozanam, O'Korke, Onimus, Ormières, Paul Possoz, Pillon, Poggioli, Pietra Santa, Portefaix, Parthenay, Prat, Portalier, Pasquier, Pallier, Péan, Paris, Prat, Périn, Pinel, Parmentier, Pernelle, Quarante, Robillard, Rivoli, Renucci, à Blois, Raymond, Raynaud, Rousseau, Roubaud, Roccas, Roustan, Rossignol, Royer, Rochet, Servaux, Sales-Girons, professeur de Seynes, Sottas, Sichel, Spilmann, Simon, Triana, Théodorakis (Athènes-Grèce), Thulié, Tripier, Verliac, Voury, Vargas-Parèdes, Valenzuela, Valmont. Love-Zayas (Havane), Zarrigo, etc., etc.

OUVRAGES DE M. PRÉTERRE

De l'emploi du protoxyde d'azote pour extraire les dents et pratiquer les opérations dentaires sans douleur. In-8°. 6° édition, 1 fr.

Recherches sur les propriétés physiques et physiologiques du protoxyde d'azote liquéfié. In-8°, 1 fr.

Conseils aux personnes qui ont perdu des dents. In-18, 1 fr.

Des élixirs et poudres dentifrices. Leurs inconvénients. Notice sur la poudre et l'élixir Préterre. In-32, 1 fr.

De la première et de la seconde dentition. Conseils aux mères de famille. In-32, 1 fr.

Traité pratique des maladies des dents. 3° édition, considérablement augmentée et enrichie de nombreuses gravures. 1 vol. in-18, 3 fr. 50 c.

Traité des divisions congénitales ou acquises de la voûte du palais et de son voile. 1 vol. in-8° illustré de 97 gravures. Prix, 15 fr.

Musée des restaurations buccales. Un album in-folio illustré de magnifiques planches gravées sur acier d'après nature, 50 fr. (En préparation.)

L'Art dentaire. 23 volumes in-8°, 10 fr. le volume. (Cette collection comprend les observations détaillées des malades confiés à M. Préterre par MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux de France et de l'étranger, et la description illustrée des appareils construits pour les diverses lésions de la bouche.)

Ces ouvrages se trouvent au bureau de l'*Art dentaire*, 29, boulevard des Italiens. Ils sont expédiés franco en échange d'un mandat ou de timbres-poste français.

PRINCIPALES RÉCOMPENSES DÉCERNÉES A M. PRETERRE.

MÉDAILLE UNIQUE 1855
(Prothèse.)
A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE PARIS.

GRANDE MÉDAILLE D'HONNEUR 1862
A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE LONDRES.

GRAND PRIX DÉCERNÉ EN 1863
PAR LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

MEDAILLE D'OR (UNIQUE) 1867
A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE PARIS.

DIPLOME ET MÉDAILLE D'HONNEUR 1870-71
POUR SOINS DONNÉS AUX BLESSÉS.

MÉDAILLE D'OR (UNIQUE) 1878
A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE PARIS

Paris. — Imprimerie L. Baudoin et C°, rue Christine, 2.